

国民健康保険資格 (喪失)届

届出年月日	令和 年 月 日	異動年月日	平成・令和 年 月 日
-------	----------	-------	-------------

(あて先) 南アルプス市長 ※太線の中をご記入ください

本人確認書類	委任状 有・無	免許証	個番 カード	在留 カード	パス ポート
--------	------------	-----	-----------	-----------	-----------

届出者	住所	
	氏名	世帯主からみた関係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> その他()
	連絡先	携帯・自宅・その他()

世帯情報	新(現)住所	<input type="checkbox"/> 同上	新(現)世帯主名	<input type="checkbox"/> 同上
	旧住所		世帯主個人番号	
			旧世帯主名	

被保険者情報	No.	異動者氏名	生年月日	続柄	個人番号	マイナ保険証登録	職業	情報連携同意	発行確認	異動区分	事由
		1	(フリガナ) 男・女	昭・平・令 ・			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 社保適用なし <input type="checkbox"/> 学生・その他	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> お知らせ <input type="checkbox"/> 確認書	取得
	2	(フリガナ) 男・女	昭・平・令 ・			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 社保適用なし <input type="checkbox"/> 学生・その他	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> お知らせ <input type="checkbox"/> 確認書	喪失	転入 出生 その他()
	3	(フリガナ) 男・女	昭・平・令 ・			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 社保適用なし <input type="checkbox"/> 学生・その他	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> お知らせ <input type="checkbox"/> 確認書	喪失	社保加入 国保組合加入 後期障害認定 生活保護開始
	4	(フリガナ) 男・女	昭・平・令 ・			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 社保適用なし <input type="checkbox"/> 学生・その他	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> お知らせ <input type="checkbox"/> 確認書	喪失	転出 死亡 その他()
	5	(フリガナ) 男・女	昭・平・令 ・			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 社保適用なし <input type="checkbox"/> 学生・その他	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> お知らせ <input type="checkbox"/> 確認書	変更	世帯主変更 住所変更 氏名変更 続柄変更 世帯分離 世帯合併 在留期間延長 その他()

受付印	備考	会社名	照会先担当者
	社会保険加入日以降に、国民健康保険を使用して受診をされましたか？ (はい いいえ) ※受診された場合、資格外受診となり、医療費を返納して頂く手続きが発生します。	電話番号	保険者名
		喪失日	照会者氏名
		取得日	資格チェック日
新(現)	被保険者記号・番号	保険証等の状況	限度額証
旧			
		滞納状況	所得判定
		税説明	送付先確認
		不当利得	口座登録
		説明済 1年以上	システム入力
			振替口座承済
			受付者